

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

des

Gros polypes sphacélés de l'utérus

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 9 Mars 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CARPENTIER (Gaston-Frédéric-Charles)

Diplômé d'Hygiène
Ex-Interne des Hôpitaux de Besançon

né le 4 décembre 1907, à Coblenz (Rhénanie).

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HAMANT, Professeur . . .	Président.
		FRÉLICH, Professeur . . .	Juges.
		BODART, Agrégé	
		CHALNOT, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
28, Rue de Solignac

1935

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

des

Gros polypes sphacelés de l'utérus

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 9 Mars 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CARPENTIER (Gaston-Frédéric-Charles)

Diplômé d'Hygiène

Ex-Interne des Hôpitaux de Besançon

né le 4 décembre 1907, à Coblenz (Rhénanie).

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HAMANT, Professeur . . .	Président.
		FRÉLICH, Professeur . . .	Juges.
		BODART, Agrégé	
		CHALNOT, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS

28, Rue de Solignac

1935

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; WEISS, O *, I *;
BOUIN, O *, I *; ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *;
P. PARISOT, O *, I *; DUFOUR, *, I *; G. THIRY, *, I *.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I *
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I *
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRELICH, *, I *
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSE, *, I *
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I *
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I *
	M. WATRIN, *, I *

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, *, I *, professeur.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I *, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I *, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I *, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, *, I *, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, A *, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A *, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Education physique (I)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A *	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A *
FLORENTIN.	MELNOTTE, O *.	ABEL, *, A *
BODART.	MUTEL, *, I *	DROUET, A *
CHALNOT.	VERMELIN, *, A *	SIMONIN, A *
WOLFF.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, *, I *; S. RÉMY, I *; BUSQUET, I *;
M. FAIRISSE, I *; BINET, *, I *; BARTHÉLEMY, *, I *; LAMY, *, I *.

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



AUX MIENS

*Faible témoignage de ma profonde
affection.*

A MES AMIS

A notre Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR HAMANT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Témoignage de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il nous a ouvert les portes de son service et l'honneur qu'il nous fait en présidant notre jury.

A nos Juges:

M. LE PROFESSEUR FRÉLICH

Professeur de Clinique chirurgicale infantile
Chevalier de la Légion d'honneur

En témoignage de notre respectueuse admiration.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

Chargé de Cours à la Faculté

En le remerciant de bien vouloir juger notre travail.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Chargé du Cours de Propédeutique chirurgicale

Qui nous a guidé dans l'élaboration de ce travail.

Avec l'expression de notre vive gratitude et notre reconnaissance pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

*A tous nos Maîtres
de l'Ecole de Médecine de Besançon
et de la Faculté de Médecine de Nancy*

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de recueillir, dans le service de M. le Professeur HAMANT, deux observations de malades, porteuses chacune d'un énorme polype utéro-vaginal sphacélé, enlevé par voie abdominale.

Ces deux cas furent rapportés par MM. HAMANT, CHALNOT et VICHARD dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, de novembre 1934, à propos d'une communication sur le traitement des gros polypes de l'utérus.

Pour délimiter le cadre de notre étude, il importe de bien définir ce que nous entendons par gros polype utéro-vaginal; et nous croyons qu'il n'est guère possible d'en donner une définition meilleure que celle que POZZI leur attribua en 1885 dans la *Revue de Chirurgie*. Décrivant trois stades dans l'évolution des polypes utérins, un premier stade où le polype reste intra-utérin, un deuxième stade de polype à apparitions intermittentes, où la tumeur s'engage dans le canal cervical et un troisième dans lequel le polype, passé dans le vagin, y demeure et s'y développe, il réserve la dénomination de « polypes géants » à ceux qui « remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas le doigt arriver jusqu'au pédi-

cule, et ne peuvent franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres ».

Nous limiterons donc notre étude à ces énormes tumeurs. De plus, il ne s'agira ici que des polypes sphacelés.

Dans les pages qui vont suivre, nous croyons utile de donner tout d'abord un court aperçu anato-mo-clinique pour rappeler la façon dont se présentent les gros polypes sphacelés et ce qui fait la gravité de leur évolution. Nous passerons ensuite à l'étude du traitement qui est le but de notre travail.

Après avoir décrit successivement les différentes techniques qui ont été employées dans ces cas de gros polypes, nous ferons une étude critique des différents procédés en précisant leurs avantages et leurs inconvénients réciproques. Nous donnerons, ensuite les indications du traitement chirurgical. Enfin, nous citerons un certain nombre d'observations qui nous ont parues très démonstratives; parmi ces observations se trouvent celles du service de M. le Professeur HAMANT, sur lesquelles sont basées les conclusions de notre travail.

L'histoire des polypes de l'utérus commence à LEVRET en 1749 avec son *Mémoire sur les polypes de la matrice et du vagin*. Il avait déjà très bien étudié ces énormes tumeurs qui, à son époque, étaient nombreuses.

Ensuite, paraît une série de travaux sur les fibromes en général.

BAYLES, en 1813, émet des idées originales touchant les rapports des polypes avec la stérilité.

BOIVIN et DUGÈS, en 1835, insistent sur ces énormes polypes en présence desquels « le toucher peut devenir difficile et peu avantageux... laisse dans l'incertitude sur le lieu d'insertion du pédicule et sur l'état de la matrice ».

GUYON, en 1860, dans sa thèse d'agrégation, parle de ces tumeurs qui peuvent acquérir un volume tel qu'on est très gêné pour arriver à en trouver le pédicule.

Des observations éparses ont été publiées par VERNEUIL et NEPVEU (1869); DESPRÉS et BUDINEL (1875), MARTIN (1874).

Mais les observations groupées d'énormes polypes et les cas de polypes sphacelés ne firent jusqu'en 1885 le sujet d'aucun travail d'ensemble.

A cette époque, POZZI fit paraître dans la *Revue de Chirurgie*, un article très important « sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (énormes polypes) ». Dans ce travail sont rapportées treize observations d'énormes polypes utéro-vaginaux opérés par polypectomie vaginale.

En 1898, LEJARS communiqua à la Société de Chirurgie de Paris une observation de M. BUFFET sur les énormes polypes sphacelés. A la discussion prirent part: BOUILLY, POZZI, QUÉNU, POTHERAT, ROUTIER, RICARD, TUFFIER.

LONGUET fait paraître dans le *Progrès Médical* un article sur le traitement des fibromes (1899). Une grande partie de son travail est consacrée à l'étude

de la polypectomie pour polypes géants utéro-vaginaux.

En 1901, DARTIGUES dans sa volumineuse thèse sur la « Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes » recommande la polypectomie vaginale par morcellement.

Dans la même année, DEMONS au 14^e Congrès de Chirurgie traite « du choix de l'intervention dans le traitement des gros polypes utéro-vaginaux ».

En 1909, ODINOT fait paraître une thèse sur les énormes polypes utéro-vaginaux.

Au Congrès français de chirurgie de 1924, LABEY, dans son rapport sur « les indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins », parle, en quelques mots du reste, du traitement des gros polypes sphacelés.

En 1931, EYMARD, dans sa thèse sur « les indications du traitement chirurgical dans les énormes polypes sphacelés de l'utérus » fait le premier travail d'ensemble sur la question.

VILLAR, dans la même année, fait paraître un article dans le *Journal de Médecine* de Bordeaux sur le « traitement chirurgical des gros polypes sphacelés de l'utérus ».

Ces derniers auteurs commencent à proposer, comme traitement de choix, l'hystérectomie abdominale d'emblée.

APERÇU ANATOMO-CLINIQUE

A) APERÇU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Naissant dans l'épaisseur même de la paroi utérine les tumeurs que nous étudions sont d'abord sessiles; elles sont « peu à peu énuclées par les fibres musculaires de la paroi vers la cavité; elles soulèvent la muqueuse, s'en coiffent et deviennent pédiculées ». Ce sont alors des polypes intra-utérins, en général implantés sur le fond de l'utérus.

Dans une deuxième phase le polype utérin va devenir un polype vaginal. Il peut être expulsé brusquement de la cavité utérine et rester définitivement dans la cavité vaginale ou bien, comme le décrit LARCHER, il peut faire des « apparitions intermittentes » dans le vagin jusqu'au jour où la rentrée du corps fibreux dans l'utérus devienne impossible « soit que le fibrome ait grossi pendant la durée de son apparition dans le vagin, soit que le col se soit refermé avant qu'une contraction du corps ait rapelé le polype ».

La troisième phase correspond au développement dans le vagin de ces tumeurs qui peuvent atteindre des dimensions énormes.

1° *Anatomie macroscopique*

Le polype géant est toujours unique, à cause même de son développement considérable. Son volume, dit Pozzi, varie d'une grosse orange jusqu'à une tête de fœtus à terme. La forme est ovoïde en général, parfois arrondie. La surface est lisse ou irrégulière. La couleur est le plus souvent gris rougeâtre.

Le pédicule peut être très mince, mais en général il est assez gros et largement implanté sur la paroi utérine. L'épaisseur varie de 2 à 4 centimètres. Dans le pédicule se trouvent les vaisseaux destinés à assurer la nutrition du polype.

Presque toujours on note des lésions de l'utérus et des annexes. Du côté de l'utérus on remarque une augmentation de volume causée par la rétention des produits de sécrétion dues au polype qui forme « bouchon », ou encore par la présence de noyaux fibromateux. La muqueuse utérine est hypertrophiée. L'utérus est souvent remonté, soulevé « par le gros polype qui distend le vagin et forme pour ainsi dire pessaire » (Pozzi).

Le col est dilaté par le passage du pédicule.

Les annexes sont souvent lésées. On observe fréquemment soit des ovaires scléro-kystiques, soit des salpingo-ovarites.

Le vagin est distendu dans toute sa longueur ou dans son segment supérieur, que le polype dilate petit à petit « de manière à s'y faire une espèce de loge ». Les parois sont souvent épaisses, parfois ulcérées.

2° *Anatomie microscopique*

La texture histologique de ces tumeurs est la même que celle de tous les fibromyomes. Leur structure rappelle, en effet, celle de l'utérus et l'on trouve des fibres musculaires lisses et des fibres conjonctives. Les faisceaux fibreux dominent. Au centre, on reconnaît des amas de noyaux embryonnaires dont l'abondance est variable.

Deux points intéressants méritent d'être signalés : d'une part, le contraste existant entre la grosseur de la tumeur et la faible vascularisation qu'assure le peu de vaisseaux contenus dans le pédicule. D'autre part, la fragilité du revêtement superficiel du polype, revêtement formé par la muqueuse utérine amincie avec des lésions d'endométrite glandulaire et interstitielle et, par endroits, un épithélium pavimenteux stratifié.

3° *Evolution anatomique*

Nous rappelons seulement que les polypes présentent exceptionnellement la dégénérescence scléreuse ou calcaire. On observe plus fréquemment la transformation sarcomateuse. La complication la plus souvent rencontrée est le sphacèle. Dans sa production divers mécanismes entrent en jeu. C'est d'abord la nécrobiose due à l'insuffisance de nutrition du polype. L'apport sanguin est, nous l'avons vu, tout à fait insuffisant pour nourrir une tumeur aussi volumineuse. A cela s'ajoute l'ischémie produite par la constriction qu'exerce le col sur le pédicule et peut-

être aussi par des contractions rythmiques de l'utérus qui posent, en quelque sorte, une ligature naturelle sur les vaisseaux à leur entrée dans le pédicule. Il faut y ajouter parfois des phénomènes de torsion. On observe alors la phase de mortification aseptique. Les lésions que commencent par subir ces tumeurs se traduisent par un changement de coloration du polype qui devient violacé, brun, couleur feuille morte, puis sombre, ardoisé, couleur vieux bronze, parfois semblable à du caoutchouc. En même temps sa consistance diminue. Les éléments histologiques dégénèrent, sans désagrégation.

Mais cette évolution est rare. Dès que les phénomènes d'ischémie et de nécrobiose sont un peu avancés, les agents infectieux envahissent la tumeur et en déterminent le sphacèle. On observe alors la phase septique proprement dite. La masse se ramollit. Elle devient brunâtre, verdâtre par plaques, à demi remplie de détritits et de liquide sanieux. Le sphacèle peut être partiel et l'on trouve, à côté de parties dures, fibreuses, des points ramollis qui s'effritent et se désagrègent facilement. Si la gangrène est totale, c'est une véritable bouillie de pus et de débris à odeur infecte, où l'on peut distinguer des brides irrégulières, vestiges des fibres de la tumeur. La muqueuse est déchiquetée, détruite sur une étendue plus ou moins grande. Ici, l'examen histologique montre que le sphacèle aboutit à la destruction avec désagrégation de tous les éléments vivants. Cette infection, du reste, est facilement compréhensible, le faible revêtement superficiel du polype n'opposant pas une bar-

rière suffisante. Les frottements répétés de la surface de la tumeur contre les parois du vagin déterminent, en effet, des érosions dans la mince pellicule qui recouvre le polype, ouvrant ainsi la porte à tous les agents infectieux, streptocoques, staphylocoques, colibacilles, streptobacilles, etc., qui pullulent dans le vagin.

Le sphacèle ramollit la tumeur, la liquéfie peu à peu, et aboutit enfin à l'expulsion spontanée, qui peut se faire d'un seul bloc ou plus fréquemment, par débris sphacelés s'éliminant peu à peu avec les sécrétions.

B) APERÇU CLINIQUE

1° *Symptomatologie*

Le gros polype utéro-vaginal représente la période ultime de l'évolution d'un polype primitivement intra-utérin. Souvent, depuis très longtemps, parfois même des années, la malade présentait les signes connus des polypes intra-utérins. Ce sont des ménorragies auxquelles la femme n'attribue pas une grande importance. Puis vont apparaître des métrorragies qui iront en augmentant au point de devenir des pertes sanguines continuelles. On note assez souvent des pertes blanches, un écoulement hydorrhéique. Les douleurs sont rares à cette période. La malade accuse parfois de légères douleurs partant du petit bassin et irradiant vers les lombes ou le haut des cuisses, ou encore une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

A ce stade, bien souvent, la malade ne consulte pas, ce qui permet au polype de poursuivre son évolution.

Il va s'engager dans le canal cervical et finir par l'obstruer complètement. Alors, il déterminera une rétention totale des sécrétions utérines. Les douleurs à irradiations lombaire et sacrée deviendront très pénibles. On notera des crises de colique utérine, car l'utérus se contractera pour chasser le corps étranger. On aura même bien souvent une légère élévation de la température, due à la résorption toxique au niveau de la cavité utérine dilatée.

Enfin, le polype va franchir le col pour se développer dans le vagin. L'accouchement de la tumeur pourra se faire soit brusquement, donnant l'impression d'un accouchement avec une période fébrile et douloureuse plus ou moins longue, soit au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, d'une façon insidieuse.

Nous voici maintenant en présence des signes d'un « gros polype utéro-vaginal ». Les signes que nous venons d'énumérer persistent. La malade sent la masse qu'elle a dans le vagin comme quelque chose de lourd et de gros qui descend à mesure que le polype grossit. Les métrorragies sont mêlées à des pertes fétides. Tantôt les liquides s'écoulent sans discontinuité par regorgement, tantôt ils ne sont évacués que dans les mouvements brusques du sujet. Ces produits de sécrétion et les caillots qui s'accumulent au dessus du bouchon formé par le polype finissent par se corrompre et donnent aux pertes une odeur fétide rappelant celle du cancer.

Il peut se produire également des phénomènes de compression du côté des organes pelviens. La constipation, qui est fréquente, peut devenir opiniâtre. On note très souvent du côté de la vessie de la rétention, parfois de l'incontinence d'urine.

Pour terminer apparaîtront les signes de sphacèle de la tumeur qui viendront compléter le tableau clinique.

L'anémie est allée en s'aggravant du fait de la persistance des hémorragies et de la résorption des produits toxiques accumulés derrière le polype. Les pertes deviennent d'une odeur repoussante. Elles entraînent avec elles des débris de tumeur sphacélée et à un degré plus avancé, la tumeur entière peut s'éliminer par fragments de matière putride horriblement fétide. Une fois le sphacèle installé, on voit fréquemment disparaître les signes de compression des organes voisins, le sphacèle ramollissant la tumeur.

Mais c'est surtout l'atteinte de l'état général qui caractérise l'apparition du sphacèle. On voit survenir des accès fébriles qui peuvent atteindre 39 et 40°. L'infection dont est le siège la cavité utéro-vaginale, la résorption des produits toxiques retenus au-dessus du polype, la coprémie résultant d'une constipation opiniâtre réalisent un syndrome péritonéal des plus alarmants. La malade, saignée à blanc par les hémorragies répétées, présente des muqueuses complètement exsangues. Le teint est pâle, jaunâtre, la peau sèche et terreuse, les traits tirés. L'appétit est diminué, les digestions laborieuses. Elle présente des nausées et des vomissements. La malade maigrit,

éprouve une lassitude extrême et sombre bientôt dans la cachexie.

2° *Examen*

L'examen de la malade va nous fournir des renseignements très utiles.

A l'inspection, du côté des organes génitaux, la vulve apparaît béante. La peau du périnée et de la partie supérieure de la face interne des cuisses est rouge et enflammée. L'orifice vaginal entrouvert laisse voir l'extrémité de la tumeur rougeâtre ou grise qui occupe l'entrée du vagin.

La palpation abdominale fait reconnaître le plus souvent la présence d'une tumeur dure, médiane, qui dépasse plus ou moins la symphyse, mais pouvant remonter assez haut, jusqu'à l'ombilic. S'agit-il du pôle supérieur de la tumeur ou simplement d'un utérus fibromateux augmenté de volume? La palpation seule ne nous permet pas de le dire.

Par le toucher vaginal, le doigt qui explore rencontre immédiatement une volumineuse tumeur remplissant la cavité vaginale et dont la consistance est ferme ou molasse, diffluente. Dans des cas très avancés la tumeur est ramollie à un point tel que le doigt l'effrite et peut facilement en détacher de gros fragments. Le doigt, contournant la tumeur ne peut accéder au col; le pédicule n'est jamais senti, non plus que l'utérus s'il n'est gros par fibromatose.

Souvent, après cet examen, un liquide purulent et hémorragique ou des débris sphacéliques s'écoulent

au dehors. L'odeur repoussante fait songer invinciblement au cancer.

Le toucher combiné au palper abdominal nous permet d'apprécier les dimensions de la tumeur, ses rapports avec les organes voisins, la situation de l'utérus et sa consistance. On le trouve en général élevé, souvent bourré de noyaux fibromateux. Parfois, on ne pourra pas le délimiter nettement, et on aura l'impression que la tumeur sentie à l'hypogastre est la même que celle qui est dans le vagin. On pensera, dans ce cas, à une énorme tumeur qui a dilaté le vagin, le col et la cavité utérine, le corps de l'utérus s'étalant, en le coiffant, sur son pôle supérieur. On apprécie aussi l'état des annexes et on peut déceler la présence de lésions inflammatoires des trompes et des ovaires.

L'examen au spéculum permet d'apercevoir l'extrémité de la tumeur, qui apparaît arrondie, plus ou moins lisse ou rougeâtre, avec des points grisâtres d'où s'écoule un liquide sanieux.

Pour compléter notre examen nous pratiquerons une biopsie, qui permettra de mettre en évidence ou non sa nature néoplasique.

Le toucher rectal pourra nous aider à bien situer la tumeur et, dans certains cas, on pourra sentir à travers la paroi recto-vaginale un bourrelet plus ou moins net qui n'est autre que le col dilaté par le passage du pédicule.

Enfin, le cathétérisme de l'urètre, que nous aurons eu le soin de faire en vidant la vessie afin de faciliter notre examen, nous fournira des renseignements sur

le degré de compression de ce conduit, sur la situation de la vessie par rapport à la tumeur, sur le degré de rétention des urines et sur l'état de ces urines; on les trouve souvent infectées.

Enfin, nous passerons en revue tous les organes de la malade afin d'apprécier dans son ensemble l'atteinte de l'organisme.

Nous dirons, pour terminer l'étude de cet examen physique, qu'il n'est pas rare de voir la malade, à la suite d'une exploration trop brutale, faire une poussée thermique parfois assez forte, voire même des accidents septiques mortels. Et de semblables cas peuvent se produire à la suite d'un simple toucher vaginal. Aussi, nous croyons utile de dire que le mieux est de toucher le moins possible à ces dangereux foyers d'infection avant que l'intervention radicale ne les supprime complètement.

C) DIAGNOSTIC

Nous ne nous étendrons pas, dans notre étude, sur le diagnostic. Par les symptômes présentés, par l'examen clinique de la malade, il est en général facile.

On se trouve, en effet, en présence d'une femme dont l'état général est profondément altéré. Elle présente des hémorragies, des pertes fétides. Elle accuse la sensation d'une masse dans le vagin. Notre attention est portée vers l'appareil génital et les signes que nous avons décrits signeront en général rapidement le diagnostic.

Les différentes causes d'erreur commises en présence de ces tumeurs n'entreront pas non plus dans le cadre de notre étude. Signalons cependant le cancer du col comme la cause d'erreur la plus fréquente, erreur qu'un examen attentif et une biopsie permettront d'éliminer.

Si le diagnostic reste imprécis ce n'est pas quant à la nature de la tumeur mais plutôt quant à ses rapports topographiques.

Le chirurgien rencontre, dans bien des cas, des difficultés pour connaître exactement les connexions anatomiques de la tumeur dont il fera l'exérèse. Comment savoir, par exemple, s'il a à faire à un polype du col (cervico-labié) ou bien à un fibrome accouché par l'orifice cervical et compliqué d'un certain degré d'inversion utérine? L'état du pédicule échappe, lui aussi, dans bien des cas, à toute appréciation clinique. Est-il long et étroit, ou large et court, s'insère-t-il haut ou bas dans l'utérus, la tumeur est-elle sessile? Il est difficile de pouvoir porter un diagnostic précis. Et vouloir connaître l'état du col et de l'utérus constitue un problème encore plus difficile.

Aussi, nous n'insisterons pas davantage sur les lacunes du diagnostic topographique qui, en règle générale, reste imprécis. Il nous a, cependant, paru important de les signaler afin de mieux comprendre les inconvénients de certaines méthodes aveugles lorsque nous en serons à l'étude du traitement.

D) EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'évolution des énormes polypes est progressive. Leur accroissement est plus ou moins rapide et varie de quelques mois à plusieurs années.

La tumeur, abandonnée à elle-même, pourra, dans de très rares cas, accoucher spontanément. Mais l'évolution favorable est exceptionnelle et cette expulsion est presque toujours suivie de mort car la malade est dans un état d'infection et de cachexie telles qu'elle succombe, en général, à des accidents infectieux et septicémiques.

Le plus souvent l'évolution ne se fait pas sans qu'il s'y ajoute des complications dont certaines peuvent occasionner la mort.

La complication la plus fréquemment observée est l'inversion utérine. Sous le poids de l'énorme polype il existe presque toujours un léger degré d'invagination. LEVRET, dans son Mémoire, cite de nombreux cas d'inversions utérines.

La compression exercée par le polype sur la paroi vésico-vaginale peut aboutir à la formation de fistules vésico-vaginales. PELLANDA dans sa thèse sur : « la mort par fibromyomes utérins » rapporte une observation de LISFRANC avec perforation de la cloison vésico-vaginale. La tumeur était passée entièrement dans la vessie et y avait poursuivi son évolution pendant quelque temps. Cette complication est malgré tout assez rare. On observe plus fréquemment des accidents infectieux urinaires. La rétention d'urine se

complique souvent de cystite. Les urines sont albumineuses, et laissent déposer des globules de pus.

La rétention d'urine peut se compliquer de distension vésicale, celle-ci amenant de l'hydronéphrose. Si l'infection s'en mêle on aura de la pyélite, de la pyélonéphrite.

On observe de même du côté du rectum, des fistules recto-vaginales. PELLANDA, dans sa thèse, rapporte une observation de ROUX, où le polype était entièrement passé dans le rectum. Du reste, de nombreux cas ont été signalés.

Très souvent la malade succombe à de nombreuses complications infectieuses. Une pneumonie, une péritonite aggravent sérieusement la situation. Nous rapportons une observation de LEJARS où la malade a succombé à une septico-pyohémie, dont le point de départ était la gangrène du polype. A l'autopsie on a trouvé le foie, les reins bourrés de multiples abcès miliaires.

La transformation néoplasique de ces tumeurs a pu être signalée, mais elle semble beaucoup plus rare que pour les fibromes non pédiculés.

La grossesse est-elle possible avec l'existence d'un polype utéro-vaginal? Elle apparaît, à première vue, comme bien peu probable, le coït étant à peu près impossible si l'on a vraiment à faire à un polype géant. De toutes façons la grossesse n'ira que très rarement à terme. Ce que l'on voit plutôt, c'est un petit polype qui, aggravé par une grossesse, prendra des dimensions énormes.

L'accouchement, à son tour, pourra intervenir, comme cause de compressions et d'ulcérations. Il peut y avoir eu application de forceps, de basiotribe, ou bien ce sera la longueur de la période d'expulsion, pendant laquelle la tête fœtale a pu comprimer par trop le pédicule du polype.

La délivrance achevée, l'utérus régresse plus que la tumeur, qui est ainsi enserrée par les fibres lisses, d'autant plus, que véritable corps étranger, elle fait naître des contractions autour d'elle. Les vaisseaux du pédicule sont étirés, tordus sur leur axe, comprimés; le courant veineux s'arrête, causant, avec l'œdème de la masse, une diminution de sa vitalité.

Tous ces phénomènes, joints au gros volume du polype et à l'état général profondément altéré de la parturiente, faciliteront le sphacèle. Dans l'observation de MACKENRODT, que nous rapportons, un volumineux polype sphacélé de la grosseur d'une tête de fœtus à terme fut expulsé six semaines après un accouchement.

TRAITEMENT

Si le traitement des petits polypes cervico-labiés, que les praticiens enlèvent quelquefois sur le coin d'une table, est assez banal, il n'en est pas de même de ces énormes polypes utéro-vaginaux sphacelés que nous envisageons dans notre étude.

Nous allons successivement passer en revue les différentes techniques opératoires avec leurs avantages et leurs inconvénients, leurs indications respectives et leurs résultats comparés. Nous tâcherons ensuite d'en tirer quelques conclusions.

I. — LES TECHNIQUES

Autrefois on laissait évoluer ces énormes polypes. Cette évolution se faisait vers le sphacèle et l'élimination spontanée, presque toujours suivie de mort. Le seul traitement consistait, dans certains cas, à favoriser le sphacèle, et, partant, cette élimination : on faisait une ligature sur le pédicule, quand on le pouvait, sinon le plus haut possible sur la tumeur ; on serrait davantage le lien chaque jour, et la tumeur se sphacélant en masse ou par fragments successifs, s'éliminait peu à peu. Les premiers documents opératoires précis remontent à DEPAUL, DE CUSCO, VERNEUIL, BOECKEL, POZZI.

1° La polypectomie vaginale

La polypectomie vaginale a été très étudiée par POZZI, QUÉNU, DEMONS, (Congrès de Chirurgie, 1901), PÉAN et DOYEN surtout, et depuis elle devint l'opération de choix chez un grand nombre de chirurgiens.

« Les énormes polypes ressortissent en très grande partie à la voie vaginale seule, non seulement parce qu'ils vont au devant de l'opération de ce côté et qu'ils se dirigent d'eux-mêmes vers le vagin dans leur évolution, mais aussi parce que leur qualité septique contre-indique toute manœuvre abdominale » (LONGUET).

Le but à atteindre dans la polypectomie est :

- 1° De détacher le polype de son implantation.
- 2° D'extraire le polype du vagin.

A) *Section du pédicule*

Libérer le polype de ses attaches peut constituer le premier temps ou le deuxième temps de l'opération.

a) Dans le premier cas, après avoir pris soin de désinfecter le vagin, la tumeur est saisie, soit avec des pinces de Museux, soit avec un tire-bouchon à myomectomie. La tumeur solidement fixée, on lui fera subir des mouvements de torsion, de rotation et d'arrachement ayant pour résultat de rompre le pédicule.

On a, par exemple, préconisé un certain nombre de modèles de pinces: telles sont les pinces à kyste dentées, à plateau carré fenêtré et à plateau allongé de Péan, à plateau rond de Nelaton, les pinces à abaissement de Richelot.

b) Dans le deuxième cas, on fait précéder la section du pédicule d'un premier temps qui permet d'accéder à ce pédicule, de le bien voir et de le sectionner soit au bistouri, soit aux ciseaux.

B) *Extraction du polype*

De nombreuses méthodes, ayant pour but de faire passer une tumeur trop volumineuse par une vulve trop étroite, ont été préconisées. Nous les passerons en revue très rapidement.

a) *Manœuvre de l'énucléation simple.* — Une fois le pédicule rompu on attire la tumeur vers le bas.

Lorsque le pôle inférieur est engagé dans la vulve on aide les mouvements de traction par une manœuvre d'énucléation qui consiste à introduire soit le doigt, soit des ciseaux courbes fermées, soit différents modèles d'énucléateurs entre la paroi vaginale et la tumeur et, s'en servant comme d'un levier, on arrive peu à peu à énucléer la masse.

Le forceps a été également employé. On l'applique sur la tumeur comme sur la tête d'un fœtus à terme. On a utilisé un forceps spécial de Jeannel, dit, « forceps à dents de brochet ». On réalise ainsi de véritables manœuvres obstétricales.

b) *Manœuvre de l'amoindrissement.* — On réduit la masse de la tumeur par compression. On a employé à cet effet divers instruments, tels le cranioclaste de Braun, le céphalotribe de Fraenkelhauser ou le forceps à dents de brochet.

c) *Méthode des incisions tangentielles périphériques.* — Ici, on sectionne la tumeur en allant de la périphérie au centre, à l'aide d'un bistouri. QUÉNU, par exemple, recommande les sections simples antéro-postérieures. DOYEN préconise la section en V d'avant en arrière qui enlève à la tumeur un large quartier triangulaire. HEGAR fait une incision spiroïde permettant d'allonger la masse en la dévidant par rotation, ce qui réduit son diamètre transversal. Enfin, SIMON obtient cet allongement par des incisions en escalier.

CHASSAIGNAC, VELPEAU ont pratiqué des incisions

tangentielles sur tout le pourtour du pôle inférieur de la tumeur pour aboutir à une masse de forme conique à sommet inférieur.

d) *Manœuvre du morcellement de Péan.* — Cette manœuvre, encore appelée évidemment central consiste à amoindrir la masse en la fragmentant du centre à la périphérie et en l'extirpant morceaux par morceaux.

L'évidement central peut se réaliser de différentes façons : soit sous forme de cylindres pleins découpés dans la masse au bistouri ou à l'aide d'instruments tels que les cylindres coupants de Doyen et les cylindres dentés de Segond ; soit sous formes de cônes, comme le préconise PÉAN, taillés au bistouri ou aux ciseaux en pleine tumeur. Puis on retire les fragments avec des pinces.

Lorsque la tumeur est évidée on sectionne le pédicule ou on le rompt et on détache une masse qui est la calotte du polype. Le polype se laissera comprimer et passera facilement à la vulve.

e) *Débridement vaginal et périnéal.* — Ce procédé, préconisé par SHUCKART, consiste à agrandir l'orifice par lequel doit passer la tumeur trop volumineuse. Il permettra ainsi de donner du jour pour accéder au pédicule, ou pour favoriser et compléter le morcellement, ou encore pour extraire le polype sans le morceler. On réalise le débridement latéral du vagin à la Shuckart en faisant une incision qui, partant assez haut sur la face latérale du vagin, coupe latéralement la vulve et le périnée.

Par toutes ces différentes techniques on est arrivé à extirper les énormes polypes sphacelés de l'utérus. Mais alors il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas d'hémorragie, vérifier l'état du vagin et de la vulve et drainer par une mèche et des compresses vaginales.

2° La polypectomie vagino-abdominale

Dans certains cas, par exemple lorsque le polype est tellement énorme qu'il s'étend de la vulve à l'ombilic, on conçoit aisément que la polypectomie vaginale soit irréalisable. Les différentes techniques de la polypectomie vaginale peuvent à la longue en venir à bout, mais au prix de quels danger ! Et les difficultés peuvent être tellement grandes que l'opération reste inachevée. C'est ainsi qu'un certain nombre d'auteurs, QUÉNU, PÉAN, LAROYENNE, WEST, ont signalé plusieurs cas d'opérations incomplètes. Tout ceci vient attester les énormes difficultés opératoires que le chirurgien doit vaincre « pour aller jusqu'au bout » (BOUILLY).

C'est pour cette raison que la voie vagino-abdominale a été préconisée.

Par le vagin on retire tout d'abord la partie inférieure de la tumeur. Ensuite, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale, on incise l'utérus sur la ligne médiane, puis on retire le lobe supérieur du polype et on suture l'utérus.

3° La polypectomie abdomino-vaginale

« A l'opposé de la voie vagino-abdominale on a pensé à la voie abdomino-vaginale. La première opération ainsi conduite fut celle de BOUILLY en 1889. Par une hystérotomie médiane abdominale, il énucléa le lobe supérieur de la tumeur, puis ferma par seize points l'incision de l'utérus. Après avoir vérifié la solidité de cette suture par une injection poussée dans l'utérus, le reste du polype fut enlevé par en bas. »

4° L'hystérotomie vaginale

Il est des cas, rares d'ailleurs, où la tumeur n'étant pas trop volumineuse, permet d'aborder la lèvre antérieure du col. On pourrait alors pratiquer l'hystérotomie vaginale. La polypectomie, faite ensuite sous le contrôle de la vue, semblerait moins dangereuse. Dans le cas particulier la difficulté réside à aborder la lèvre antérieure. PASCALIS recourt à un procédé opératoire, permettant « sans ouvrir le ventre et sans risquer de perforer la cavité utérine, d'en voir le contenu, d'en prélever la quantité nécessaire, d'extirper une lésion nettement localisée de façon radicale ». Il nous a paru intéressant de décrire ici la technique de ce procédé opératoire.

Le vagin est passé à l'iode. Deux valves exposent largement le col qui est attiré fortement vers la vulve à l'aide de deux pinces tire-balles placées de part et d'autres de l'orifice. Puis, après avoir soulevé la paroi

vaginale antéro-supérieure, on incise l'insertion du vagin sur la lèvre antérieure du col. On laissera la valve supérieure en place pour ne pas s'exposer à ouvrir la vessie, surtout si on opère sur des femmes âgées, à matrice plus ou moins abaissée. L'incision doit du premier coup intéresser toute l'épaisseur de la muqueuse. On décolle la vessie de la face antérieure de la matrice. « La valve supérieure est alors poussée dans l'incision cervico-vaginale, elle soulève vessie et uretères et les éloigne de la portion antérieure de la matrice qui, dans sa portion sous-péritonéale, est largement découverte. Une paire de ciseaux droits est saisie dont on introduit une branche dans la cavité cervicale. On peut ainsi sectionner la paroi antérieure de la matrice et en ouvrir la cavité sur la hauteur voulue... La cavité est touchée à l'iode. Il est facile de l'inspecter minutieusement, de prélever le point suspect, d'enlever un polype avec l'intégrité de son pédicule. L'hémostase assurée, les sutures indispensables faites, on ferme l'incision pariétale à l'aide de quelques points de gros catgut chromé et la vulve supérieure enlevée, on clôt la brèche cervico-vaginale par quelques catgut fins passés de muqueuse à muqueuse » (PASCALIS).

Ce procédé n'est applicable qu'aux polypes moyens. Il faut, pour qu'il soit possible, que le col soit abordable, ce qui constitue l'exception dans les cas qui nous occupent.

5° *L'hystérectomie vaginale*
complétant la polypectomie

La polypectomie peut être complétée par l'hystérectomie vaginale lorsque le polype sphacélé, loin de présenter un pédicule mince, s'implante sur la paroi utérine par une large surface. Après avoir enlevé par morcellement la portion vaginale de la tumeur, on termine par cette intervention, qui doit avoir pour but de supprimer le foyer d'infection dans sa totalité et permettre le drainage du petit bassin.

Dans le cas particulier, l'ablation du polype nécessitant l'ouverture de l'utérus, c'est au procédé de Doyen que l'on aura recours.

Une courte valve déprime la paroi vaginale postérieure. Deux pinces de Museux sont mises symétriquement sur la lèvre postérieure du col qu'elles tirent fortement en avant et en haut. On incise alors aux ciseaux le cul-de-sac postérieur. Une manœuvre identique est faite en avant. On incise le vagin tout près du col et on fait le décollement avec beaucoup de prudence pour ne pas blesser la vessie. On travaille dans le plan de clivage jusqu'à la rencontre du cul-de-sac vésico-utérin que l'on incise. On incise ensuite la paroi utérine antérieure sur la ligne médiane. On attire l'utérus en bas. On poursuit la section utérine. Peu à peu la section atteint le voisinage du fond utérin et l'utérus bascule en avant. La section des ligaments larges est faite en dedans des annexes.

On peut aussi faire l'hystérectomie vaginale par la

section immédiate de l'utérus, sans mouvement de bascule, ce qui en permet un abaissement facile. Le début de l'intervention est identique à celui du procédé de Doyen : incision du vagin, ouverture du cul-de-sac de Douglas, libération vésicale. Puis, deux pinces de Museux étant mises en place, une au niveau de chaque commissure, on sectionne l'utérus sur la ligne médiane avasculaire en avant et en arrière, en s'aidant de nouvelles pinces et en abaissant au fur et à mesure les deux valves utérines jusqu'à ce que l'on arrive au fond de l'organe. Puis la conduite est la même que pour le procédé de Doyen.

Mais, quoi qu'il en soit, nous avons à faire ici à des malades faibles, anémiées, très secouées par une telle intervention. Le but est de faire le moins de manœuvres possible. Si l'état de shock est alarmant, on préférera aux ligatures des pédicules des pinces à demeure. Le vagin est tamponné à la gaze et avec des mèches caoutchoutées. Une sonde vésicale est mise en place. Au bout de quatre jours les pinces hémostatiques sont enlevées avec prudence. Le tamponnement vaginal est enlevé du quatrième au sixième jour et remplacé par un nouveau tamponnement. Les pansements sont poursuivis pendant deux semaines.

6° L'hystérectomie abdominale

Pendant longtemps l'hystérectomie abdominale ne fut pas considérée comme une opération de choix dans le traitement des énormes polypes utéro-vaginaux sphacelés. La nature essentiellement septique de

ces tumeurs était considérée comme contraindiquant toute opération abdominale. Dans les cas où la voie abdominale a été choisie, ce choix était motivé par une cause secondaire qui, dans la plupart des cas, était la présence de noyaux fibromateux dans la paroi utérine.

DEMONS, au Congrès de chirurgie de 1901 dit : « Dans les cas de gros polypes remplissant le vagin, la vieille opération de la section du pédicule est sans doute la plus simple et la plus bénigne. Mais lorsqu'en même temps l'utérus contient d'autres fibromes sous-muqueux ou interstitiels, cette opération devient insuffisante en ce sens qu'ultérieurement l'utérus continue à faire de nouveaux polypes. Aussi, quand une palpation minutieuse aura révélé l'existence d'un utérus volumineux, bosselé et dur, il sera préférable de pratiquer l'hystérectomie abdominale ».

Cependant, à la suite de résultats heureux obtenus par la voie abdominale employée seulement dans des conditions spéciales, on a été amené à utiliser cette méthode d'emblée, comme la méthode de choix. On fait l'hystérectomie abdominale subtotale ou totale.

A) *L'hystérectomie subtotale*

Après laparatomie médiane sous-ombilicale, on tombe en général sur un utérus surmontant une énorme tumeur qui paraît enclavée dans le petit bassin. On sectionne les ligaments larges pour libérer l'utérus et l'enlever ; on pratique la ligature des utérines. On arrive sur le col pour en faire la section. On pourra l'obturer par une pince de Doyen pour éviter

l'issue hors de la cavité utérine du liquide septique qu'il contient. La masse est enlevée par la voie abdominale ou, si elle est de volume moyen, par la voie vaginale. Le moignon cervical est désinfecté. Le col est suturé ou, au contraire, laissé ouvert pour un drainage.

B) *L'hystérectomie totale*

Le début de l'intervention est identique au précédent. Cette méthode devient nécessaire lorsque le polype est implanté sur le col. Après avoir lié tous les pédicules, refoulé la vessie et pincé les utérosacrés, on protégera avec soin les abords du vagin par des compresses mouillées de sérum, par des champs placés « en jugulaire » (BÉGOVIN) au-dessous de l'utérus. On ouvrira le vagin au ras du pôle supérieur de la tumeur qu'on pourra refouler vers la vulve si elle n'est pas trop volumineuse pour y passer, sinon on l'extirpe par l'abdomen. Le vagin, désinfecté, pourra être maintenu béant par un gros drain et on pourra terminer par la pose d'une large Mickulicz assurant au maximum la protection et le drainage du petit bassin. Du reste, dans un chapitre suivant nous insisterons particulièrement sur la nécessité du drainage.

II. — ETUDE CRITIQUE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS LEURS AVANTAGES ET LEURS INCONVÉNIENTS

1° La polypectomie vaginale

La polypectomie vaginale apparaît comme la méthode de choix qu'imposent la logique et la septicité du milieu. N'est-il pas raisonnable, en effet, d'attaquer par les voies naturelles une tumeur qui se développe progressivement de haut en bas, sous l'effet de la pesanteur, pour arriver à la vulve! Ne faut-il pas également chez ces malades fatiguées ne faire que l'opération minima! Ne convient-il pas, enfin, de rester chirurgicalement dans le terrain septique où se trouve la tumeur sans aller risquer, par une intervention plus large, d'inoculer des territoires sains!

Pourtant, on imagine difficilement le chirurgien qui, à travers une vulve sectionnée, évide, à l'aveugle, une tumeur hémorragique et infectée! Le plus souvent il est impossible de repérer la place où s'incère le pédicule, et la tumeur qui « tombe enfin dans la main du chirurgien » l'avertit de sa destruction.

On comprend donc la fréquence de certains accidents opératoires et de complications post-opératoires avec de telles interventions.

A) *Les accidents opératoires*

a) *L'hémorragie.* — Assez souvent, au moment de la rupture du pédicule, on peut voir jaillir un flot de sang, parfois très abondant. Certains auteurs ont

prétendu que l'hémorragie n'était pas à craindre car, disent-ils, l'utérus vide se contracte comme après une délivrance et ses fibres musculaires forment, au niveau de l'implantation du polype, une ligature naturelle. Nous voyons pourtant, dans la statistique de Pozzi quatre cas de mort par hémorragie sur treize polypectomies. Si l'hémorragie n'est pas la cause immédiate de la mort, elle favorise la complication post-opératoire en diminuant la résistance d'une femme très anémiée.

L'hémorragie se voit moins souvent depuis que la section du pédicule au bistouri ou aux ciseaux a remplacé l'arrachement par tractions qui avait bien souvent pour résultat de dilacérer la paroi utérine au niveau de l'implantation du pédicule, ce qui favorisait l'hémorragie.

b) *Déchirure de l'utérus*. — C'est un accident fréquent que les anciens auteurs signalent et dont les statistiques font foi. La déchirure de la paroi utérine est due à des tractions trop violentes exercées sur un pédicule épais et résistant, solidement implanté sur l'utérus; elle ouvre le péritoine et met à nu les anses intestinales. LEJARS rapporte un cas où, au cours d'un morcellement d'une tumeur remontant jusque dans l'utérus, ayant incisé la paroi utérine sans s'en douter, il fut surpris de voir apparaître les anses intestinales! Il faut alors faire immédiatement, une hystérectomie vaginale, mais par suite de l'infection du milieu, on comprend qu'un tel accident donne lieu à des péritonites souvent mortelles.

La déchirure de l'utérus se rencontre surtout quand le polype se complique d'inversion utérine, car on prend alors pour le pédicule la partie inversée de l'utérus qu'on sectionne.

d) *Fistules recto-vaginales ou vésico-vaginales.* — Il n'est pas rare que la libération d'adhérences contractées entre le polype et la cloison recto-vaginale ou vésico-vaginale favorise l'apparition de fistules dont le pronostic est grave par suite de la mauvaise qualité des tissus que l'on suture.

e) *Opération inachevée.* — Signalons en terminant les nombreuses opérations inachevées des statistiques de POZZI (1885), de LONGUET. De nombreuses polypectomies, après un morcellement très laborieux du rent rester inachevées. Certains auteurs, dans ce cas, conseillent de terminer par voie abdominale, par suite de l'infection dont est le siège la portion restant dans l'utérus. D'autres, au contraire conseillent de ne pas tout enlever dans les cas de volumineux polypes « la portion qui reste ne suppurant que rarement et n'amenant pas en général de complications redoutables, cette méthode est donc préférable à l'ablation totale, souvent suivie de mort ».

Notons d'ailleurs que dans presque toutes les observations d'opérations inachevées que nous avons vues, la malade succomba par la suite.

B) *Les complications post-opératoires*

Ces complications tiennent d'une part à l'état d'anémie de la malade, d'autre part à la septicité extrême du milieu opératoire.

Si les hémorragies opératoires, comme nous l'avons vu, sont relativement fréquentes, elles peuvent survenir également après l'intervention. Pozzi signale un cas d'hémorragie survenant à la sixième heure.

Mais ce qu'on voit surtout, dans les suites opératoires, c'est l'infection aiguë locale ou septicémique. On a eu soin pourtant de bien désinfecter la cavité utéro-vaginale, mais comment arriver à se rendre maître du sphacèle et de l'infection ancrée profondément dans la muqueuse, dans la paroi musculaire de l'utérus et du vagin ! Les germes hypervirulents, les sécrétions toxiques pourront pénétrer largement dans les nombreuses blessures qu'une intervention aveugle aura produite. L'infection est surtout à son comble lors d'un débridement vaginal à la Shuckardt ; cette large brèche faite à travers les grosses veines péri-vulvo-vaginales ouvre la porte à une résorption massive.

Mais c'est de septicémie que meurent la plupart de ces malades. Même dans la suite de la polypectomie la plus simple la mort rapide peut survenir. Le plus souvent « la mort s'installe en vingt-quatre ou quarante-huit heures par collapsus progressif, avec pouls qui s'accélère jusqu'à devenir incomptable, refroidissement des extrémités, anurie, polypnée toxi-

que, délire infectieux terminal ou lucidité jusqu'à la fin. Il semble que cet organisme à la limite ait été sidéré par l'intervention, même rapide, facile, et non hémorragique. Plus rarement s'installe un état de septico-pyohémie mortel en huit à dix jours » (VILLAR).

2° L'hystérotomie vaginale

L'hystérotomie vaginale, lorsque la tumeur n'est pas volumineuse, semble pouvoir être pratiquée dans certains cas. La polypectomie, que l'on fait ensuite sous le contrôle de la vue, semblerait moins dangereuse.

Dans les cas qui nous occupent, elle est le plus souvent aveugle car le polype empêche l'accès du col. Elle est donc très exceptionnellement indiquée.

Elle expose, en outre, à la perforation utérine qui le plus souvent mène à l'hystérectomie vaginale.

Elle expose à l'abandon de débris sphacelés du polype passant inaperçus.

Elle laisse après elle un utérus infecté, car il est impossible de réaliser de façon certaine l'asepsie parfaite de la cavité utérine.

Enfin l'hémostase est difficile à réaliser et le drainage, si utile dans ces cas de grosses infections, ne peut s'effectuer que d'une façon incomplète.

3° L'hystérectomie vaginale complétant la polypectomie

L'hystérectomie vaginale semble, à première vue, présenter certains avantages.

En principe, si on la compare à l'hystérectomie abdominale, elle a l'avantage d'épargner le péritoine ou du moins de limiter l'infection au péritoine pelvien.

On enlève rapidement l'utérus avec un minimum de choc, on supprime ainsi une vaste surface d'absorption aux toxines et on assure un drainage déclive maximum, comme dans certaines infections pelviennes.

C'est une opération rapide, surtout si on laisse des pinces à demeure au lieu de ligaturer les pédicules. Il suffit alors de quelques minutes pour l'exécuter.

Enfin, cette opération est moins grave en général quand on a à faire à des femmes obèses ou très anémiées par de nombreuses hémorragies.

Mais cette technique, dont les avantages semblent exister en théorie, présente de graves inconvénients.

1° L'hémostase est impossible avant l'ablation du polype qu'il est nécessaire d'enlever dans sa presque totalité pour avoir la voie libre.

2° L'intervention présente de grosses difficultés. BOUILLY, LONGUET avaient déjà insisté sur les difficultés rencontrées par suite de la béance du col œdématisé, de l'infiltration et de la friabilité des parois utéro-vaginales. Du reste, les fistules vésico- et recto-vaginales se rencontrent assez souvent après de telles

interventions. D'autre part, l'abaissement d'un utérus volumineux et friable est en général une opération délicate.

3° Cette intervention n'est pas logique, puisqu'elle commence par le temps septique et porte les germes des territoires malades vers les territoires sains.

4° L'inoculation du petit bassin est presque de règle. Le péritoine pelvien intact réagit énormément à cette infection ascendante et détermine, par son inflammation, une septicémie péritonéale suraiguë qui emporte rapidement la malade. L'hystérectomie vaginale est une opération bénigne lors d'inflammations pelviennes; on enlève la « bonde » et le péritoine pelvien est vacciné. Ici, au contraire, on ouvre des sinus veineux, on crée des brèches dans des parties molles qui finissent par s'infecter et, comme le péritoine est neuf, on aboutit à une inflammation massive.

4° L'hystérectomie abdominale

La voie abdominale permet seule l'hémostase préventive, la protection de l'abdomen, le drainage maximum. Les anciens auteurs avaient déjà entrevu cette solution. En 1885 AGOSTINI, puis LONGUET voient dans l'hystérectomie la possibilité d'améliorer les résultats thérapeutiques. DEMONS, au Congrès de chirurgie de 1901 concluait en disant: « n'avoir jamais eu de l'hystérectomie que des résultats favorables ».

Une seule complication grave est à redouter: un ensemencement septique du péritoine entraînant une

péritonite mortelle. Mais cette complication peut être évitée le plus souvent. Comme on opère sous le contrôle de la vue on prendra soin de bien isoler la tumeur utéro-vaginale en tapissant soigneusement la face latérale du vagin de compresses stériles ainsi que le cul-de-sac de Douglas et en réalisant ainsi un champ opératoire intra-abdominal hermétiquement clos tout autour de la masse qu'on devra enlever. On obtiendra ainsi un minimum de chances d'ensemencer le péritoine. On pourra du reste quelquefois comme nous le rapportons dans une observation, retirer la tumeur toute entière par le vagin.

A quelle hystérectomie vaut-il mieux s'adresser? VILLAR donne la préférence à l'hystérectomie totale. Il semble que dans beaucoup de cas, et pour simplifier l'opération, on puisse souvent se contenter de la subtotal. C'est ainsi que dans l'observation que nous rapportons, l'hystérectomie subtotal a été employée avec l'artifice de technique suivant: « Une fois les anses intestinales minutieusement protégées, on a pincé et sectionné les utérines; l'isthme est ouvert sur tout son pourtour, on tombe sur la zone pédiculée du polype qui est sectionnée. Un assistant retire alors par le vagin le polype tout entier. Dans ces conditions, le contact entre le bassin et la masse sphacélée a été pratiquement évité » (HAMANT, CHALNOT et VICHARD).

L'hystérectomie subtotal, ici, ne semble pas présenter les risques opératoires et certains inconvénients de l'hystérectomie totale.

Il est évidemment plus facile, dans l'immense

majorité des cas, de trancher l'utérus au niveau de l'isthme que de sectionner les insertions vaginales qui viennent se fixer sur la périphérie du col. L'incision du vagin reste toujours un point délicat et cela, quel que soit le côté par lequel on l'aborde. Par ailleurs, même en prenant soin d'attirer fortement le col vers le haut, on a beaucoup plus de chances de faire une échappée vers l'uretère que si l'on se borne à couper l'isthme de l'utérus. Et dans ce dernier cas la blessure de l'uretère est pour ainsi dire impossible.

D'autre part, l'hémostase dans la subtotale est plus simple. Pour l'amener, il suffit de placer une pince de chaque côté du col sur la crosse de l'utérine. Dans l'hystérectomie totale, au contraire, de nombreuses branches vaginales sont fatalement coupées lors de la désinsertion du vagin, ce qui rend l'hémostase longue et compliquée avec tous ses inconvénients dans un milieu très infecté.

L'hystérectomie totale crée, en outre, un délabrement pelvien beaucoup plus considérable. La suppression du col, la désinsertion vaginale entraînent la section des ligaments utéro-sacrés à l'endroit où ils s'insèrent sur la partie postéro-latérale du col utérin. Les espaces cellulaires de la gaine hypogastrique avec les plexus veineux qui les remplissent sont largement ouverts. Et ces plexus veineux se trouvent donc en même temps largement ouverts à l'infection, créant ainsi une opération moins aseptique.

Au contraire, les avantages de l'hystérectomie subtotale sont les mêmes que ceux de l'hystérectomie totale.

Le drainage, absolument nécessaire dans ces milieux infectés, ne fait pas défaut ici.

Si on veut drainer par le vagin, ce drainage se fera par la cavité du col qui, dans le cas particulier, est très largement dilaté et permet très facilement la pose des mèches et du drain.

Enfin, par surcroît, on a l'avantage, lorsqu'il s'agit d'une jeune femme hystérectomisée, de lui conserver un vagin intact et normal plutôt qu'un vagin découronné de son col.

Une seule contre-indication doit nous faire renoncer à la subtotale : celle où nous trouverions un fibrome inséré sur le col.

Nous terminerons donc en disant qu'il ne nous semble pas nécessaire d'enlever le col et de compliquer, par là même, une opération dans laquelle le seul intérêt réside à prolonger le moins possible dans le ventre des manœuvres sur des organes infectés.

III. — INDICATIONS DU TRAITEMENT

Il paraît intéressant de poser actuellement les indications du traitement chirurgical.

A) *Moment de l'intervention*

Nous avons vu qu'il y avait une nécessité absolue d'enlever tout polype sphacélé le plus tôt possible et de supprimer, par là même, le foyer d'infection et de sphacèle. On n'hésitera pas, en effet, à intervenir d'urgence en présence d'une femme dont l'infection est encore localisée et qui date, tout au plus, de quelques jours. Par contre, s'il s'agit d'une malade en état de septicémie, à la fois infectée par la résorption de produits toxiques et anémiée par d'abondantes hémorragies, en état de moindre résistance, on se trouvera bien, le plus souvent, de surseoir momentanément à l'opération afin de relever l'état général, et désinfecter la cavité vaginale, s'il y a lieu.

B) *Soins préopératoires*

Le traitement préopératoire devra être dirigé contre l'état général pour relever les forces de la malade affaiblie: les toni-cardiaques, les sérums artificiels, les transfusions sanguines trouveront ici leur emploi. Il sera surtout dirigé contre l'infection générale; médicaments anti-infectieux, vaccins, sérums anti-gangréneux, abcès de fixation ont été diversement employés; et contre l'infection locale: irrigations vaginales antiseptiques, vaccinants locaux.

C) *Indications réciproques des différents procédés*

La polypectomie pourra, quelquefois, trouver certaines indications.

C'est le cas, par exemple, d'une malade jeune, d'état général relativement bien conservé, avec un polype ne présentant qu'un léger sphacèle superficiel. On pourra peut-être pratiquer un morcellement rapide, suivi de section du pédicule au bistouri ou au thermocautère, mais surtout sans débridement vaginal. On devra avoir recours en même temps au traitement médical, dirigé en particulier contre l'infection locale (glace sur le ventre, vaccinations), car nous connaissons les accidents redoutables auxquels peut mener la polypectomie la plus simple.

L'hystérectomie vaginale complétant une polypectomie pourra être tentée si l'on a des doutes au sujet de l'intégrité utérine ou si l'on redoute une laparotomie chez une femme obèse ou à cœur déficient, ou encore épuisée par de nombreuses hémorragies. Mais en principe, toutes les fois qu'on est en présence d'un énorme polype utéro-vaginal sphacélé, l'intervention de choix est l'hystérectomie abdominale d'emblée. Déjà LONGUET, en 1889, disait sur le traitement des fibromes utérins : « Peut-être même qu'un grand pas serait fait si l'on renonçait au morcellement pour les polypes qui, utérus compris, sont susceptibles d'être enlevés purement et simplement par la voie abdominale ». Plus tard DEMONS, en 1901, au Congrès de Chirurgie, après avoir préconisé l'hystérectomie dans le cas où l'utérus est reconnu fibromateux, dira, parlant des énormes polypes remontant jusque dans l'uté-

rus, à pédicule introuvable : « On s'expose, par des tractions exagérées, à produire une inversion, on fait perdre à la malade une véritable quantité de sang. Et je me suis trouvé plus d'une fois dans l'impossibilité de terminer l'opération par cette voie et dans l'obligation de recourir à l'hystérectomie abdominale faite alors dans de mauvaises conditions. Je pense donc, que mieux encore que dans les cas de la première catégorie, il est préférable d'avoir recours d'emblée à l'hystérectomie abdominale ». Et il ajoute : « Par cette méthode, je n'ai eu que des résultats favorables ». Dans la majorité des cas, on pourra avoir recours à l'hystérectomie subtotale d'emblée. Nous avons vu les raisons pour lesquelles, le plus souvent, nous lui donnions la préférence sur l'hystérectomie totale. En ce qui nous concerne ici, elle est plus simple, plus rapide, moins hémorragique, plus aseptique que la totale qui produit un délabrement pelvien plus considérable.

Si le polype est volumineux, on devra faire, très souvent, l'ablation par voie haute. Si le polype est de volume moyen, on pourra, comme nous l'avons étudié, le retirer par voie basse.

D) *Le drainage*

Il convient, pour terminer, que nous insistions sur un point capital de l'intervention : le drainage, absolument nécessaire ici, croyons-nous.

On peut l'effectuer de différentes manières :

1° Faire simplement un drainage par voie abdominale, après fermeture du col ou du vagin ;

2° Faire un drainage vaginal après péritonisation. Il s'effectuera par la plaie vaginale dans l'hystérectomie totale, par la cavité du col ou après ouverture du cul de sac de Douglas dans la subtotale;

3° Faire un drainage mixte maximum, après péritonisation par suture du péritoine vésical à la lèvre antérieure du col et fermeture des ligaments larges.

Nous estimons, en raison de la septicité du milieu opératoire, qu'il est presque toujours indispensable de faire un drainage maximum. On peut laisser le vagin ouvert pour permettre aux sécrétions septiques un écoulement facile. Cependant, comme le vagin est très infecté, il est parfois préférable de fermer le col soigneusement et de faire un drainage abdominal. En tout cas, nous sommes dans ces cas-là, partisan convaincu du Mickulicz.

Le tamponnement, tel que le pratique J.-L. FAURE, constitue entre le foyer opératoire infecté et les anses intestinales une barrière protectrice qui empêche ces dernières de venir se souiller à son contact et transporter, du fait de leur mobilité extrême, l'infection dans la cavité péritonéale. On enlèvera les compresses progressivement dans les jours qui suivront leur mise en place. L'ablation totale du sac ne sera faite qu'au bout de dix à douze jours.

Si on place un drainage vaginal, on le composera de plusieurs mèches et d'un drain caoutchouté qui seront enlevés le quatrième jour.

La péritonisation doit être faite le plus soigneusement possible pour éviter la contamination abdomi-

nale et celle des espaces cellulux sous-péritonéaux.

Toutes ces précautions ont une grande importance dans les suites opératoires, mais le succès dépendra avant tout des conditions locales de l'intervention, du degré d'infection et aussi du choix de la technique dans lequel l'appréciation du chirurgien joue sûrement un très grand rôle.

IV. — RÉSULTATS OBTENUS PAR LES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS

1° *Résultats de la polypectomie vaginale*

« Je reculai, écrivait BOUILLY, devant le morcellement par voie vaginale qui donne des résultats désastreux dans le cas de polypes volumineux. »

De fait, les anciens auteurs ne dissimulent pas les énormes difficultés que l'on rencontre souvent. Les résultats sont lamentables.

La statistique de POZZI (1888) rapporte 13 cas avec 5 morts (mortalité 40 %).

La statistique de LONGUET (1899) rapporte 33 cas avec 10 morts (mortalité 30 %).

De plus, dans trois cas, la guérison a été due à une hystérectomie consécutive pratiquée sur le champ. Cette statistique donne donc une mortalité de 34,5 % pour la polypectomie vaginale pure.

La statistique de WEST, plus récente, sur 28 cas note 14 morts (mortalité 50 %).

Enfin, la statistique la plus récente, celle de J. EYMARD (thèse de Bordeaux, 1931) accuse 60 % de mortalité, sur dix observations avec six morts.

Nous voilà bien loin d'une opération bénigne! — En conclusion « la polypectomie vaginale, opération hémorragique, détruit les barrières naturelles à l'infection et ouvre des vaisseaux qui vont résorber les produits virulents d'un milieu hyperseptique et amener la sidération de l'organisme intoxiqué massivement » (VILLAR).

Il a semblé que la voie mixte abdomino-vaginale ait donné des résultats plus favorables, mais on ne peut tirer de conclusions nettes en présence de cas trop peu nombreux.

2° Résultats de l'hystérotomie vaginale

Cette manière de faire n'a pas été pratiquée un assez grand nombre de fois pour qu'il soit possible d'en connaître des résultats. Du reste, elle ne pourrait être employée que dans certains cas où la tumeur n'est pas trop volumineuse ce qui restreint beaucoup son champ d'action.

3° Résultats de l'hystérectomie vaginale

Les résultats, ici également, font défaut. Nous avons vu que cette méthode, complétant une polypectomie peut trouver certaines indications. Mais, d'une façon générale, étant donné les inconvénients que nous avons étudiés, cette méthode doit être rejetée dans la grande majorité des cas.

4° Résultats de l'hystérectomie abdominale d'emblée

La voie abdominale, dans le traitement des énormes polypes utéro-vaginaux sphacelés, donne les meilleurs résultats.

Déjà l'hystérectomie consécutive à une polypectomie a permis souvent de terminer heureusement une intervention dont l'issue paraissait douteuse. Nous en trouvons cinq cas dans la statistique de

LONGUET, trois de BOUILLY, un de MARCHAND et un de LEJARS, dont quatre suivis de guérison et un de mort (BOUILLY).

L'hystérectomie abdominale totale a donné les résultats suivants: ODINOT, dans sa thèse consacrée à l'hystérectomie dans les gros polypes, accuse 5,4 % de léthalité. EYMARD, dans sa thèse, rapporte cinq cas d'hystérectomies pour gros polypes sphacelés avec cinq guérisons. Il faut bien dire que ces hystérectomies n'avaient pas été faites systématiquement, mais à regret, et pour d'autres causes (fibromes utérins).

Les statistiques sur les résultats de l'hystérectomie abdominale subtotale font défaut. Nous avons étudié les raisons pour lesquelles il serait préférable, dans la majorité des cas, d'employer la subtotale, qui est une opération plus rapide et moins délabrante que la totale.

Nous trouvons déjà cette technique indiquée dans le travail de DEMONS, en 1901, au Congrès de Chirurgie, sur le traitement des polypes utérins. « L'hystérectomie subtotale me semble la meilleure; elle est suffisante et l'extirpation du col très élargi ou aminci devant allonger et compliquer inutilement l'opération, si l'on voulait faire l'hystérectomie totale. Seulement, il convient de faire l'incision de l'utérus rapidement et de prendre les précautions nécessaires afin d'éviter la contamination de la cavité péritonéale par la surface naturellement dangereuse du polype. »

Mais, ce qui nous a surtout paru original dans la

technique de l'hystérectomie subtotale, c'est la section du polype au niveau de l'isthme avec ablation de la masse vaginale par le bas et de l'utérus avec ce qui reste du polype par l'abdomen.

Il nous paraît intéressant de rapporter, choisies parmi les plus démonstratives, un certain nombre d'observations concernant les méthodes étudiées et leurs résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(DESPRÉ et BERDINEL. *Bull. de la Soc. Anat.*, déc. 1875.)

Polype fibreux de l'utérus. Expulsion spontanée. Mort

75 ans. Entre à l'hôpital se plaignant de descente de matrice. Masse volumineuse dans le vagin. Le soir, expulsion spontanée d'une masse rougeâtre de 800 grammes.

Histoire de la maladie. — Règles régulières mais abondantes et durant huit jours. A 51 ans, pertes de sang pendant un mois, et depuis les règles n'ont pas reparu. Il y a un an, métrorragies abondantes pendant deux mois et depuis quelques gouttes de sang de temps en temps. Il y a deux mois, la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre, qu'elle compare à celles de l'accouchement. Les douleurs durent huit jours. Le matin de l'entrée à l'hôpital, pendant une quinte de toux, elle sent quelque chose qui vient faire saillie à la vulve et elle expulse un énorme polype.

Après l'expulsion : repos au lit. Escarres du sacrum, pneumonie hypostatique, incontinence d'urine et des matières fécales, parésie des membres inférieurs. Mort au bout d'un mois.

OBSERVATION II

(Résumée. Rapport de LEJARS. Société de Chirurgie de Paris,
30 mars 1898.)

Gros polype utéro-vaginal sphacélé. Mort par septico-pyohémie

49 ans. Depuis trois ans, entre les règles, écoulement rougeâtre, sans douleur. Métrorragies abondantes; fièvre; vomissements; pertes devenues fétides; pouls à 130; ventre ballonné; extrémités froides; faciès grippé; subdélire.

Dans le vagin, on trouve une masse ramollie, fétide, le remplissant entièrement et présentant toutes les nuances des chairs putréfiées: il s'agit d'un polype putréfié, gros comme deux poings. Mort quelques heures après.

Autopsie. — Muqueuse utérine entièrement sphacélée; implantation du polype au fond. Abscesses miliaires dans le foie et les reins. D'où mort par septico-pyohémie ayant pour origine la gangrène du polype.

OBSERVATION III

(De MACKEMODT. In *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1903.)

Enorme polype fibreux de l'utérus du volume d'une tête d'enfant, qui avait été expulsé dans le vagin six semaines après un accouchement, sous l'influence d'une injection d'ergot de seigle déterminant une inversion utérine complète. Le polype était sphacélé.

OBSERVATION IV

(De FERGUSSON. Résumée in thèse ODINOT, Montpellier.)

*Enorme polype au devant de la tête fœtale. Forceps
Mort par rupture utérine*

Il s'agit d'un énorme polype utéro-vaginal au devant de la tête et pris pour la tête de l'enfant. Application du forceps. Mort quarante-huit heures après.

La malade a succombé à une rupture de l'utérus au niveau de l'implantation du pédicule.

OBSERVATION V

(Résumée. *In* thèse EYMARD, Bordeaux, 1931.)

Il s'agit d'une femme de 50 ans, en mauvais état général.

Enorme polype sphacélé remplissant le vagin. Débridement vaginal à la Schuckart; exérèse du polype en s'aidant du morcellement. Hémorragie peu importante; choc peu marqué; et pourtant la malade succombe dans le collapsus en moins de quarante-huit heures, avec sphacèle des parois vaginales.

OBSERVATION VI

(TOURNEUX. *In Concours Médical*, 4 mai 1927.)

Polype utéro-vaginal et rétention d'urine

Ablation par morcellement

47 ans. Entre d'urgence pour rétention d'urine complète depuis quarante-huit heures.

Métrorragies irrégulières, très abondantes, depuis vingt-huit mois. Ne consultait pas, malgré une anémie très avancée.

Il y a trois mois, a commencé à éprouver une sensation de plénitude vaginale. Depuis dix jours, elle éprouve une gêne à la miction, qui augmente progressivement. Enfin, depuis quarante-huit heures, elle est en rétention complète.

Examen de la malade. — Entre les petites lèvres apparaît une tumeur grisâtre, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, comblant toute la cavité vaginale. Il est impossible d'en faire le tour avec la main. Odeur infecte.

Le cathétérisme de l'urètre montre que la tumeur comprime fortement l'urètre et le col de la vessie.

Ablation par morcellement. Le polype présente de nombreux points de sphacèle. L'ablation s'accompagne par ce fait d'écoulement de liquide purulent.

Suites opératoires très graves: nécrose des parois vaginales,

expulsion de muqueuse utérine, apparition d'escarres sacrées très développées. Vie longtemps en danger.

OBSERVATION VII

(Résumée. In thèse de EYMARD, Bordeaux, 1932.)

*Polype utéro-vaginal énorme, sphacèle. Polypectomie vaginale
Mort en moins de vingt-quatre heures*

Mme D..., 44 ans, est entrée dans le service de M. le Professeur GUYOT le 21 juin 1930 pour un gros polype qui saigne abondamment.

Ce polype dépasse très nettement l'orifice vulvaire et présente le volume d'une tête fœtale.

Intervention le 22 juin. Ablation d'un polype dont on dissèque le pédicule en ayant soin d'explorer au doigt la paroi utérine.

Le pédicule est sectionné à une certaine distance de l'utérus. La malade saigne abondamment. On explore avec le doigt la cavité utérine qui mesure 12 centimètres à l'hystéromètre. Parois utérines très minces.

On bourre la cavité utérine avec trois mèches. On place une compresse dans les culs-de-sac.

Sérums; toni-cardiaques.

La malade meurt le lundi matin 23 juin, après une nuit très calme et sans incident.

OBSERVATION VIII

(BUFFET. Rapport de LEJARS, Soc. de Chir., Paris, 1898.)

*Polype fibreux volumineux. Prolapsus utérin
Polypectomie vaginale. Fistule vésico-vaginale. Guérison*

48 ans. Métrorragies anciennes. Depuis six mois, sensation de masse remplissant le vagin, cherchant à descendre. Le 7 décembre 1895: expulsion d'une énorme tumeur pendant entre les cuisses, retenue en haut par un pédicule. Le lendemain, état alarmant, pouls petit, pâleur de cire, vomissements. Tu-

meur noirâtre ; sa surface extérieure présentant des traces de sphacèle. Pédicule gros et court la reliant au vagin. À la partie antérieure et moyenne de la masse on voit l'ouverture du col.

Diagnostic: polype de la lèvre postérieure du col ayant produit un prolapsus complet.

Application d'un serre-nœud autour du pédicule près de la vulve. Section au thermocautère.

Guérison retardée par une fistule vésico-vaginale, qui se montre au huitième jour, produite par gangrène. On la ferme. Rétablissement complet. La tumeur pesait 3 kg. 350.

OBSERVATION IX

(De LEJARS. In *Bull. Soc. Chir.*, 1898, p. 372.)

Polype utérin récidivé. Morcellement

Perforation utérine. Hystérectomie vaginale. Guérison

Il s'agit d'une femme de 35 ans à laquelle j'avais enlevé, en mars 1897, un gros polype utéro-vaginal. Six mois après elle revenait nous trouver avec une tumeur encore plus volumineuse, et remplissant tout le vagin. Cette rapidité de la récurrence me fit penser à une tumeur sarcomateuse, ou du moins à une part importante du sarcome dans la constitution du polype.

Le 16 octobre, je pratiquai le morcellement et, en sectionnant le pédicule, qui s'insérait sur le côté gauche de la cavité utérine, la paroi fort amincie fut intéressée et je vis apparaître les annexes gauches. Je pris alors le parti de faire l'hystérectomie vaginale qui fut très simple et que je terminai par la ligature des pédicules. Une fois l'utérus enlevé, je m'aperçus qu'il portait un fibrome sous-péritonéal de petit volume et, étant donné les caractères de l'évolution du polype, je crois que le résultat a été, en définitive, heureux. La malade guérit sans incident.

OBSERVATION X

(HAMANT, CHALNOT et VICHARD. *Bull. de la Soc Obst. et Gyn. de Paris*, novembre 1934.)

Femme de 52 ans encore réglée présentant une augmentation de volume du ventre. A l'entrée, très mauvais état général, faciès pâle et infecté; température: 39°-40°. Cet état s'est développé progressivement, en même temps que la malade perdait par le vagin du sang et de la sérosité d'odeur infecte. Au toucher, le vagin est obstrué par une tumeur arrondie de consistance ferme, immobile, qui empêche d'accéder au col utérin. Cette tumeur est sphacélée et répand une odeur infecte. Au palper, l'utérus, fixé, irrégulier, dépasse l'ombilic. On porte le diagnostic de fibrome avec polype et, après avoir remonté la malade quatre jours (sérums, toni-cardiaques, grands lavages vaginaux), on l'opère par voie abdominale. Hystérectomie totale, très difficile, qui nécessite un morcellement. Drainage maximum vaginal et abdominal. La septicémie continue d'évoluer et la malade meurt le troisième jour.

OBSERVATION XI

(BOSQUETTE, in *Dauphiné Médical*, sept. 1911.)

Polype fibreux de l'utérus. Inversion utérine
Hystérectomie abdominale. Guérison

40 ans. Entrée pour pertes vaginales fétides et sanglantes, datant de quelques semaines.

Toucher: on sent dans le vagin une masse volumineuse, de consistance dure, quoique la surface en fut irrégulière, et qui ne présentait pas les bourgeons mollasses et saignants du néoplasme. Je fus assez surpris de sentir cette masse se fissurer dans mes doigts, et il me fut possible d'en extraire de gros morceaux, représentant ensemble le volume d'une mandarine.

Le diagnostic de polype fibreux n'était pas douteux et, me

méfiant des dangers biens connus d'une myomectomie vaginale aveugle, je décidais l'intervention en deux temps :

1° Opération vaginale de propreté.

2° Opération abdominale.

1° *Opération vaginale.* — J'extrais encore sous anesthésie quelques morceaux de la tumeur fibreuse. Il reste alors dans le vagin une masse volumineuse dont le pédicule est bien senti et que l'on serait tenté de réséquer purement et simplement. Je me contente d'une cautérisation à la teinture d'iode et d'un tamponnement aseptique.

2° Le lendemain, *opération abdominale*: nouvelle toilette vaginale et nouveau tamponnement aseptique. Incision médiane sous-ombilicale. L'intestin incliné, je ne trouve pas le fond utérin. A sa place, on trouve une dépression ombiliquée où pénètrent symétriquement les deux trompes. Devant l'échec absolu de toute tentative de réduction, l'hystérectomie est décidée. Je n'ai aucune prise pour saisir le fond utérin; je ne sais pas quels sont les nouveaux rapports de la vessie. Une sonde introduite dans la vessie me permet de délimiter son bord postérieur et de placer au ras de ce dernier une pince de Museux, sur le bord de la dépression de l'inversion. Le péritoine est alors incisé devant la pince et la vessie largement décollée comme dans le Wertheim. J'incise alors transversalement le vagin, après avoir garni de compresses de gaze le Douglas et les faces latérales du vagin. La tumeur est alors luxée à travers la brèche vaginale, et la section du vagin complétée; le moignon vaginal est celui d'une hystérectomie totale.

Drainage vaginal par une mèche, suture incomplète du vagin. Péritonisation au-dessus de la mèche. Je n'étais pas sans inquiétude, étant donnée la septicité considérable du foyer opératoire, sur les suites de cette opération qui furent cependant assez simples. On observe pendant les quinze premiers jours une suppuration partielle sans désunion des lèvres de l'incision abdominale et un écoulement purulent vaginal

par la mèche sous-péritonéale. La malade se rétablit rapidement.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'une inversion utérine totale, et la première intervention vaginale avait décortiqué toute la partie polypeuse qui présentait le volume d'une orange. La tumeur enlevée par voie abdominale ne représentait plus que le corps utérin étranglé, en inversion totale et irréductible.

OBSERVATION XII

(G. CHEVALIER, *Marseille Médical*, 25 novembre 1927.)

*Volumineux polype utérin à développement vaginal
extrait par hystérectomie totale chez une vierge. Guérison*

Vieille fille, 46 ans. Métrorragies abondantes depuis six ans.

L'examen vaginal est interdit par la présence de l'hymen.

Par le toucher rectal, on sent une tumeur pelvienne présentant les caractères d'un fibrome. On ne peut pas sentir le col à travers la paroi rectale.

Laparotomie: on trouve le corps utérin et les annexes normaux comme dimension et disposition. Au-dessous d'eux, fibrome de la grosseur du poing au niveau du segment inférieur. On sectionne les ligaments larges pour libérer l'utérus et l'élever; de cette façon on élève la tumeur. On constate alors que la tumeur est intra-vaginale. Le vagin est allongé et élargi, se moule sur la tumeur.

Section du vagin en arrière et sur les parties latérales. Enucléation de la tumeur par cette ouverture. On s'aperçoit à ce moment que la tumeur est un volumineux polype de 8 à 9 centimètres de diamètre, arrondi, dont le pédicule est exactement entouré par l'anneau cervical aminci, marquant ainsi à travers le vagin épaissi la démarcation d'avec le corps utérin, ce qui explique que le col n'a pu être senti au toucher rectal.

Les uretères n'ont pas été vus, ce qui s'explique par la distension et l'élévation extrême du vagin.

La tumeur enlevée, la cavité vaginale se présente sous l'aspect d'une vaste poche à orifice supérieure de 5 à 6 centimètres de diamètre, plus large à sa partie moyenne, là où elle se moulait sur la dimension maxima du polype, et à parois considérablement épaissies (demi-centimètre).

Désinfection iodée de cette cavité. Drainage par l'orifice vulvaire et suture de l'orifice abdominal par un surjet.

Suites simples.

OBSERVATION XIII

(Résumée. In thèse DESTRIKATS, Bordeaux, 1930.)

Polype fibreux intra-utérin sphacélé

Hystérectomie subtotale. Guérison

37 ans. Entrée dans le service de M. le Professeur CHAVANNAZ le 10 novembre 1928. Depuis une fausse couche datant de septembre 1927, la malade se plaint d'abondantes ménorragies ; les règles duraient alors environ quinze jours. Pas de pertes dans l'intervalle. A l'heure actuelle, les ménorragies sont de plus longue durée ; elles ne sont plus espacées que de huit jours. Abondantes pertes blanches. Enfin, depuis septembre 1928, douleurs dans le bas-ventre, exagérées par la fatigue, les rapports et les règles.

Réglée à 12 ans ; règles régulières jusqu'à la maladie actuelle ; trois grossesses : deux normales, une fausse couche. Les dernières règles datent du 31 octobre.

Examen. — Bon état général, pas d'anémie. Ventre souple, douloureux au-dessus de la symphyse.

Au toucher : col normal ; le corps est gros, antéfléchi, globuleux dans son ensemble, surtout à gauche. Les annexes sont sensibles ; l'épreuve des trois points est négative pour l'appendice.

Opération (le 19 novembre 1928). — Laparotomie trans-
versale sus-pubienne de Pfannenstiël. utérus gros du volume

de deux poings. Castration utéro-ovarienne bilatérale avec hystérectomie subtotale. Fermeture sans drainage.

Examen de la pièce opératoire: gros utérus fibromateux. Dans la cavité il existe un polype fibreux de couleur violacée, qui a rompu la muqueuse et s'est sphacélé dans les trois quarts de sa surface, obturant presque complètement la cavité. Annexes sains. Petits kystes sur les ovaires congestionnés.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XIV

(HAMANT, CHALNOT et VICHARD

Bull. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris, novembre 1934.)

Elle concerne une femme de 34 ans qui, depuis 1930, présente des ménorragies de plus en plus abondantes et de l'hémorrhée fétide. Elle entre à l'hôpital le 28 juin 1934 avec 39°, un faciès terreux, un poulx très petit. Le col, aminci, entr'ouvert, donne accès sur une masse arrondie que l'on reconnaît pour un polype. L'utérus déborde la symphyse. Après trois jours, des douleurs expulsives apparaissent et le col effacé, dilaté, flottant, permet de circonscrire un polype diffluant sphacélé plus gros que le poing.

Le 1^{er} juillet, on essaye en vain une polypectomie: les pinces déchirent le polype et l'hémorragie est abondante. Le pédicule est trop large, le fond utérin semble descendu sur lui, on redoute une perforation utérine en milieu hyperseptique. On reprend l'intervention par voie haute et on pratique une hystérectomie subtotale, avec drainage à la Mikulicz. La température reste en plateau à 40° pendant huit jours, puis une collection purulente se vide spontanément par le vagin et la fièvre cesse. L'état général se remonte très lentement. Phlébite peu grave du membre inférieur gauche. La convalescence s'achève actuellement.

CONCLUSIONS

I. Les énormes polypes utéro-vaginaux peuvent être définis ceux qui, remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas le doigt arriver au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres.

Ils se compliquent de sphacèle qui se produit par ischémie et infection.

Ils déterminent rapidement un état général déplorable. L'organisme est anémié par les pertes de sang et infecté par la résorption toxique qui se produit au niveau de l'utérus.

II. Le traitement chirurgical est nécessaire et doit être rapidement institué. Mais si l'état général de la malade le réclame il devra être précédé, dans un minimum de temps, d'un traitement médical.

III. La polypectomie vaginale a été longtemps considérée comme la meilleure intervention. Or, c'est une opération difficile, présentant de nombreuses complications et donnant des résultats déplorables.

IV. Nous pensons, au contraire, que l'hystérectomie abdominale d'emblée est l'opération de choix. Ses résultats opératoires sont les meilleurs. L'hystérec-

tomie abdominale subtotale, plus rapide, moins délabrante est en général suffisante.

V. Par suite de la présence d'un contenu hyperseptique de la cavité utérine, il faudra redoubler de précautions pour éviter l'infection du péritoine et toujours instituer un vaste drainage abdomino-pelvien qui est réalisé dans les meilleures conditions par le Mikulicz.

VU:

Nancy, le 28 Février 1935.

Le Président de Thèse,

HAMANT.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 28 Février 1935.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 1^{er} Mars 1935.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- AGATA (d'). — Gangrena putrida in utero poliposa. *Boll. d. Soc. eustach. Camerino*, 1924, XXII, p. 130-133.
- AUBERT et HARTMANN. — Discussion sur le traitement des fibromes. *Presse Médicale*, Paris, 1924, XXXII, p. 822.
- BABLET. — Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse. Thèse Bordeaux, 1910-1911, N° 40.
- BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876, p. 666.
- BARTHELÉMY. — Contribution à l'étude clinique et au traitement de la nécrobiose des fibromes utérins au cours de la grossesse. Thèse Bordeaux, 1928-1929, N° 77.
- BÉGUIN. — La nécrobiose des fibromes utérins. *Paris Médical*, 17 juin 1922.
- BÉGUIN et BARDON. — Polype utérin à sphacèle central. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1920, XLI, p. 167.
- BUFFET. — Polypes fibreux utéro-vaginaux sphacelés. Rapport de LEJARS. Soc. de Chir. de Paris, 30 mars 1898.
- BROWKILLO. — De l'extirpation partielle des polypes utérins volumineux à large pédicule. Thèse de Paris, 1881-1882.
- CHAVANNAZ. — Fibrome sphacélé. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1908.
- Fibromes sphacelés au cours de la grossesse. Congrès de Gyn. et Obst. et Péd. de Toulouse, 1910.
- Fibromes sphacelés au cours de la grossesse. Congrès français de Chirurgie, 1919.
- DEBENAIS. — Sphacèle des polypes. Thèse Bordeaux, 1921-1922, N° 50.

- DECORNIÈRE. — Expulsion d'un polype fibreux de l'utérus. Rapport de ROUTIER. Soc. de Chir. de Paris, février 1893.
- DELAGE et GOUJOUX. — Sur la suppuration des fibromes utérins. *Gaz. des Hôp. Paris*, 1907, p. 591-594.
- DEMONS. — Choix de l'intervention dans le traitement des gros polypes fibreux de l'utérus. 14^e Congrès de Chir. de Paris, 1901.
- DESMARET et DIAMANT BERGER. — Présentation d'un cas clinique de polype sphacélé répondant anatomiquement à un cancer perforant du col utérin. Soc. anat. de Paris, 3 février 1927.
- DOR. — Polype intra-utérin. Hystérogaphie. Soc. de Chir. de Marseille, 10 avril 1931.
- DOUCET. — Traitement des fibromes intra-utérins pédiculés atteints de sphacèle pendant les suites de couches. Thèse Bordeaux, 1927-1928, N^o 7.
- DUVERGEY. — Sphacèle de l'utérus consécutif à un gros fibrome utérin sphacélé. Guérison par l'hystérectomie abdominale totale. Soc. méd. et chir. de Bordeaux, juin 1920.
- ESTOR et FAYOT. — Volumineux polype fibreux utérin sphacélé. Extraction. Fibromatose utérine, hystérectomie subtotale. Guérison. *Archives de la Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, juin 1928, p. 346.
- EYMARD. — Indications du traitement chirurgical dans les énormes polypes sphacelés de l'utérus. Thèse Bordeaux, 1930-1931, N^o 104.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY (A.). — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale (Octave Doin, éditeur, Paris, 1914), p. 869 à 872 et 945.
- GEIST. — Polypes utérins. Histologie. Symptomatologie et étiologie. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Chicago, 1^{er} juillet 1922.
- GUYON. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrégation, 1860.

- GUYOT et ICHON. — Sur un cas de fibrome sphacélé du corps utérin. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 mars 1923.
- HAMANT, CHALNOT et VICHARD. — A propos du traitement des gros polypes sphacelés de l'utérus. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, novembre 1934.
- KLASSON. — Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus. *Annales de Gynécologie*, 1889, p. 105.
- KOEBERLÉ. — Ablation d'un polype utérin de dimensions énormes. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1888, n° 4.
- LABEY. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. 23^e Congrès français de Chirurgie, 1924 (6 et 11 octobre).
- LECÈNE. — Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromyomes utérins. *Ann. de Gyn. et Obst.*, août 1911.
- LEVRET. — Mémoire sur les polypes de la matrice et du vagin. *Mémoire de l'Académie royale de Chirurgie*, 1795.
- LIFVENDAHL. — Polype intra-utérin ascendant. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology* (Saint-Louis), avril 1932.
- LONGUET. — De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins; myomectomie et polypectomie. *Progress Medical*, juillet 1899.
- MACKENRODT. — Rapport; in *Revue de Gyn. et Chir. abdom.*, 1903, p. 674.
- MARTIN. — Enorme polype fibreux à implantations multiples. *Soc. Anatomique*, janvier 1874.
- MAYER. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. *Bruxelles médical*, 1925, V, n° 31.
- ODINOT. — Des polypes fibreux utéro-vaginaux. Thèse de Montpellier, 1908-1909, N° 43.
- PASCALIS (G.). — Opérations intra-utérines par voie vaginales. *Revue de Chirurgie*, 1933.
- PASMAN et LOVAZZANO. — Anémie grave due à un polype de l'utérus. *Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Gynecologia de Buenos-Aires*, 18 octobre 1932.

- PÉAN. — Ablation des polypes par morcellement. *Gazette des Hôpitaux*, 1866 et 1889.
- PELLANDA. — La mort par fibromyomes utérins. Thèse de Lyon, 1904-1905, N° 125.
- POZZI. — Traité de Gynécologie (Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris, 1897), p. 299.
- Etude sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (énormes polypes). *Revue de Chirurgie*, février 1885.
- RAYMOND, PETIT et WEINBERG. — Enorme polype fibreux du col utérin remplissant et distendant le vagin. *Soc. anat.*, juillet 1902.
- ROUFFART. — Considérations sur la nécrobiose des fibromes utérins. *Bruxelles médical*, 1925, V, n° 33.
- Du choix de la méthode thérapeutique dans les fibromes utérins. *Scalpel* (Bruxelles), 1925.
- SCHIKELÉ (G.). — Expulsion spontanée d'un grand fibrome sphacélé chez une vierge. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1924.
- TOURNEUX. — Quelques complications rares des polypes fibreux de l'utérus. Leçons cliniques. *Concours médical*, 4 mai 1927.
- TUFFIER et ROUVILLE (de). — Traitement des fibromes utérins. Rapport au XV^e Congrès international de Médecine de Lisbonne, 1906, in *Montpel. Méd.*, 1906, p. 485.
- WALTER. — Sur le morcellement intra-utérin des tumeurs polypeuses. *Dorpat. med. Zeitschrift*, Vierter Band, 1^{er} heft, 1873.
- VERNEUIL et NEPVEU. — Polype fibreux utérin. *Bull. de la Soc. anatomique*, 1869.
- VILLA. — Thérapeutique comparative des fibromes utérins. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1886, p. 10.
- VILLAR. — Le traitement des gros polypes sphacelés de l'utérus. *Journ. de méd. de Bordeaux*, septembre 1931, p. 809.
- Inversion utérine totale et polype fibreux spacélé. *Journ. de méd. de Bordeaux*, novembre 1923.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
APERÇU ANATOMO-CLINIQUE	11
A) <i>Aperçu anatomo-pathologique</i>	11
B) <i>Aperçu clinique</i>	15
C) <i>Diagnostic</i>	20
D) <i>Evolution et complications</i>	22
TRAITEMENT	25
I. <i>Les techniques</i>	26
II. <i>Etude critique des différents procédés.</i> <i>Leurs avantages et leurs inconvénients ..</i>	37
III. <i>Indications du traitement</i>	47
IV. <i>Résultats obtenus par les différents procédés.</i>	52
OBSERVATIONS	57
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69

